

بخشداری

اعلامیه بازپرداخت کوین غذایی
برای فقط خطاهای اداری

:	تاریخ اعلامیه
:	اسم پژوهنده
:	شماره
:	اسم مأمور رسیدگی
:	شماره
:	تلفن
:	نشانی

(ADDRESSEE)

سوالی دارید؟ از مأمور رسیدگی پرسید.

جلسه رسیدگی ایالتی: اگر فکر می کنید این اقدام درست نیست، می توانید برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید. روش آن در پشت این برگه آمده است. اگر قبیل اینکه این اقدام انجام شود برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید، ممکن است مزایای شما تغییر نکند.

اخطار: اگر فکر می کنید که این توزیع بیش از مقدار مقرر درست نیست، این آخرین فرصت درخواست برای یک جلسه رسیدگی است. روش آن در پشت این برگه آمده است. اگر در برنامه کوین غذایی باقی بمانید، بخشداری می تواند این توزیع بیش از مقرر مقرر را با کم کردن کوین های غذایی ماهانه شما وصول کند. اگر قبیل از اینکه توزیع بیش از مقدار مقرر بازپرداخت شود از برنامه کوین غذایی خارج شود، بخشداری ممکن است آنچه را که مفروض هستید از بازپرداخت مالیات بردارد. ایالتی/فردال شما کسر کند.

اقدامات برنامه:

موافقت نامه بازپرداخت براساس بدھی جاری شما خواهد بود، به طوریکه توسط بخشداری محاسبه شده است. هرگونه تغییراتی در بدھی شما ممکن است پرداخت های ماهیانه شما را تغییر دهد.

اگر موافقت نامه را در ظرف 30 روز بعد از تاریخ اعلامیه امضاء و برنگردانید، مقدار مزایای کوین غذایی که دریافت می کنید از تاریخ _____ به میزان _____٪ کاهش پیدا خواهد کرد.

اگر بازپرداخت نکنید، بخشداری ممکن است از روش های دیگری برای وصول مبلغ بدھی استفاده کند، از قبیل از طریق دادگاه، روش های دیگر سازمان وصول و یا توسط اقدام وصول دولت فدرال.

اگر بعداً مشخص شود که این خطای اداری در واقع یک نقض عمدی برنامه بوده، حتی اگر موافقت کنید که مقداری که مفروض هستید را بازپرداخت کنید، جرائمی منظور خواهد شد.

اگر پرداخت بدھی عقب بیفتند و یا از خانوار اقامه دعوی شود، ممکن است مشمول هزینه های رسیدگی و یا هزینه های دادگاهی اضافی شوید.

اگر مقدار بدھی را بازپرداخت نکنید، بخشداری ممکن است بازپرداخت مالیات بردارد ایالتی/فردال شما را ضبط کرده و/یا از دادگاه بخواهد که حقوق شما و یا هرگونه دارایی که دارید را مصادره کند.

مقررات: این مقررات اطلاق می شوند:

MPP 63-801.22, 63-801.43, 63-801.7, Lomeli v. Saenz, Duarte v. Saenz

می توانید آنها را در دفتر رفاه مرور کنید.

اداره رفاه بخشداری مرتكب اشتباهی شد.

مزایای کوین غذایی زیادی توزیع شد برای:

خانوار.

خانواری که ضمانت کردید.

دلیل اینست:

خانوار _____ به صورت مزایای کوین غذایی دریافت کرد.

خانوار باقیستی _____ به صورت مزایای کوین غذایی دریافت می کرد.

_____ (مزایای کوین غذایی اضافی) مقداری است که دریافت کردید

منهای آنچه باقیستی دریافت می کردید.

باقیستی مزایای کوین غذایی اضافی را بازپرداخت کنید. _____ به

صورت کوین های غذایی اضافی برای دوره

توزيع شد. این مقدار به میزان _____

_____ می باشد کرد چون بازپرداختی برای بخشی از مقدار بدھکاری

دریافت کردیم. حالا _____ بدھکار هستید.

لازم نیست که از هرگونه مزایای درآمد تأمین تکمیلی (SSI: Supplemental Security Income) برای بازپرداخت این توزیع بیش از مقدار مقرر استفاده کنید.

مقررات فدرال ما را ملزم می کنند اگر عقیده داشته باشیم که قادر به

بازپرداخت مبلغ ادعای شده نیستید، مقرراتی داشته باشیم تا هر بخشی از مبلغ

ادعا شده شما را ببخشیم. ما تنها بخشی از مبلغ ادعای شده را می بخشم که

بخشداری مرتكب اشتباه شده باشد. چون بخشداری مرتكب اشتباه شد، مقدار

فوق را با کاهش سهمیه پرداختی ماهانه شما به میزان 5٪ و یا \$10.00، هر

کدام که بیشتر باشد برای مجموع حداکثر 36 ماه جمع آوری خواهیم کرد. در

پایان این مدت، هرگونه تنهای باقی مانده که زیادی پرداخت شده باشد بخشدید

شده و جمع آوری نخواهد شد.

هنگامیکه توزیع بیش از مقدار مقرر رخ داده باشد، جمع آوری از همه

بزرگسالان در خانوار انجام خواهد شد.

باقیستی یکی از این دو کار را بکنید:

برای مزایای کوین غذایی به طور کامل پرداخت کنید و یا فرم موافقت نامه

بازپرداخت (DFA 377.7E1) الصالقی را پر کرده، امضاء کنید و برگردانید و به

طوری که توافق شده بپردازید.

حقوق شما در جلسه رسیدگی

اگر با هریک از اقدامات بخشداری موافق نیستید، حق دارید که برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید. فقط 90 روز فرصت دارید تا برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید. این 90 روز از روز بعد از تاریخ شروع می شود که بخشداری این اعلامیه را به شما داد و یا ارسال کرد.

- برای درخواست برای یک جلسه رسیدگی:
این برگه را پر کنید.
- جلو و پشت این برگه را برای پرونده خودتان کپی کنید. در صورت درخواست،
مأمور رسیدگی به پرونده شما نسخه ای از این برگه را برایتان فراهم خواهد کرد.
- این برگه را به نشانی زیر بپرید و یا ارسال دارید:

اگر قبل از اینکه اقدامی در مورد کمک نقدی، Medi-Cal و کوپن های غذایی شما اجرا شود برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید:

- در مدتیکه منتظر جلسه رسیدگی هستید، ممکن است خدمات مراقبت از کودک شما همان میزان باقی خواهد ماند.
- در مدتیکه منتظر جلسه رسیدگی هستید، ممکن است خدمات مراقبت از کودک شما تغییر نکند.
- تا زمان جلسه رسیدگی و یا تا پایان دوره صدور گواهینامه شما، هر کدام که زودتر باشند، کوپن های غذایی شما تغییری نخواهند کرد.

اگر حکم جلسه رسیدگی اظهار کند که حق با ما بوده است، برای هر مقدار اضافی کمک نقدی، کوپن های غذایی ویا خدمات مراقبت از کودکان به ما بدهکار خواهد بود. برای کاهش و متوقف کردن مزایا قبل از جلسه رسیدگی، مورد زیر را تیک بزنید:
بله، کاهش داده و یا متوقف کنید: کمک نقدی کوپن غذا مراقبت از کودکان

در مدتیکه منتظر جلسه رسیدگی برای موارد زیر هستید:

رفاه به کار:

لازم نیست که در این اشتغال ها شرکت کنید.

ممکن است وجهی برای مراقبت از کودک برای اشتغال و برای فعالیت هایی که توسط بخشداری قبلاً این اعلامیه تصویب شده را دریافت کنید.

اگر به شما بگوییم که پرداخت برای خدمات حمایتی دیگر متوقف خواهد شد، حتی در صورت رفتن به اشتغال خود، وجود دیگری دریافت نخواهد کرد.

اگر به شما بگوییم که خدمات حمایتی دیگر شما را پرداخت خواهیم کرد، به مقدار و طریقی که در این اعلامیه ذکر شده پرداخت خواهد شد.

- برای دریافت آن خدمات حمایتی، بایستی به اشتغالی بروید که بخشداری از شما خواسته در آن شرکت کنید.

- اگر در مدتیکه منتظر حکم جلسه رسیدگی هستید، مقدار خدمات حمایتی که بخشداری پرداخت می کند کافی نیست تا امکان مشارکت را به شما بدهد، می توانید دیگر به اشتغال نزولید.

Cal-Learn:

- اگر به ما بگویید که نمی توانیم به شما خدمت رسانی کنیم، نمی توانید در برنامه Cal-Learn شرکت کنید.

- فقط برای خدمات حمایتی Cal-Learn برای یک اشتغال تصویب شده پرداخت خواهیم کرد.

اطلاعات دیگر

اعضای طرح مراقبت اداره شده Medi-Cal: اقدام ذکر شده در این اعلامیه ممکن است از دریافت خدمات از طرح بهداشتی/درمانی مراقبت اداره شده شما جلوگیری کند. اگر سوالی دارید، ممکن است مایل باشید با خدمات عضویت طرح بهداشتی/درمانی خود تماس بگیرید.

حمایت کودک و/یا پنژشکی: سازمان محلی حمایت از کودکان به شما کمک خواهد کرد تا حمایت بدون هزینه بگیرید، حتی اگر کمک نقدی دریافت نمی کنید. اگر در حال حاضر برای شما حمایت گرد آوری می کنند، تا زمانیکه به صورت کتبی به آنها تکوینی که متوقف کنند، به این کار ادامه خواهد داد. وجه حمایتی جاری را برای شما ارسال خواهند کرد ولی وجه جمع آوری شده گذشته که به بخشداری بدهکار هستید را نگه خواهند داشت.

تنظیم خانواده: در صورت درخواست، اداره رفاه شما اطلاعاتی را در اختیارتان قرار خواهد داد.
پرونده جلسه رسیدگی: اگر برای یک جلسه رسیدگی درخواست کنید، بخش جلسات رسیدگی ایالتی برایتان یک پرونده تشکیل خواهد داد. شما حق دارید این پرونده را قبلاً از جلسه رسیدگی خود ببینید و حداقل دو روز قبل از جلسه رسیدگی، نسخه ای از موضوع کتبی بخشداری در مورد دعوی خود را دریافت کنید. دولت ممکن است پرونده جلسه رسیدگی شما را به اداره رفاه و اداره خدمات بهداشتی/درمانی و انسانی و کشاورزی بدهد. (قانون W بخش های 10850 و 10950).

برای درخواست برای یک جلسه رسیدگی:

این برگه را پر کنید.

- جلو و پشت این برگه را برای پرونده خودتان کپی کنید. در صورت درخواست،
مأمور رسیدگی به پرونده شما نسخه ای از این برگه را برایتان فراهم خواهد کرد.
- این برگه را به نشانی زیر بپرید و یا ارسال دارید:

و یا

- با شماره مجازی تماس بگیرید: 1-800-952-5253 و یا افراد ناشنوا و یا ناگویا
که از TDD استفاده می کنند، 1-800-952-8349.

برای دریافت کمک: می توانید با تماس گرفتن با شماره های مجازی ایالتی که در بالا ذکر شد از حقوق خود در مورد جلسه رسیدگی آشنا شده و یا برای ارجاع به امداد قانونی درخواست کنید. ممکن است بتوانید کمک قانونی مجازی در دفتر امداد قانونی و یا حقوق رفاه محلی خود دریافت کنید.

اگر نمی خواهید به تنها بیانیه به جلسه رسیدگی بروید، می توانید یک دوست و یا فردی را به همراه بیاورید.

درخواست برای جلسه رسیدگی

مايلم در مورد اقدام اداره رفاه بخشداری
در مورد زیر یک جلسه رسیدگی داشته باشیم:
Medi-Cal کمک نقدی کوپن های غذایی دیگر (ذکر شود)

دلیل اینست:

اگر به فضای بیشتری نیاز دارید، اینجا را علامت زده و یک برگه اضافه کنید.
نیاز دارم که دولت یک مترجم بدون اینکه هزینه ای داشته باشد برایم فراهم کند.
(یک خوشنویس و یا دوست نمی تواند برای شما در جلسه رسیدگی ترجمه کند.)

زبان و یا گویش من:

اسم فردی که مزایايش را داشت، تغییر پیدا کرد و یا متوقف شد

شماره تلفن	تاریخ تولد
------------	------------

نشانی خیابان

شهر	ایالت	کمپسیتی
-----	-------	---------

تاریخ	امضاء
-------	-------

شماره تلفن	اسم فردی که این فرم را پر می کند
------------	----------------------------------

مايلم شخصی که در زیر ذکر می شود در جلسه رسیدگی از طرف من نمایندگی کند. من به این فرد اختیار می دهم تا پرونده هایم را مشاهده کرده و برای من به جلسه رسیدگی بروم
(این فرد می تواند یک دوست و یا خوشنویس باشد ولی نمی تواند برای شما ترجمه کند.)

شماره تلفن	اسم
------------	-----

نشانی خیابان

شهر	ایالت	کمپسیتی
-----	-------	---------